

Modelo de contrato de atendimento de fonoaudiologia

Contrato de atendimento fonoaudiológico

1. Partes. Fonoaudiólogo(a): [nome], CRFa [região e número]. Paciente: [nome civil], CPF [].

Quando o paciente for criança ou estiver sob representação legal: responsável legal [nome], CPF [], parentesco ou vínculo [].

2. O que será feito. [Avaliação e acompanhamento fonoaudiológico de: área ou queixa]. Os objetivos, a forma de trabalho e os procedimentos serão explicados em linguagem simples, e o paciente (ou o responsável) pode escolher continuar ou não o atendimento depois de saber os riscos e os prejuízos de interromper.

3. Como são as sessões. [Presenciais / por videochamada na plataforma (nome)], [dia da semana], às [horário], com duração de [minutos] minutos. A frequência e o prazo previstos podem mudar conforme a evolução do caso.

4. Valor. R\$ [valor] por [sessão / pacote de n sessões / mês], pago por [PIX / dinheiro / cartão] até [data ou momento]. O valor não depende do resultado do tratamento. Qualquer reajuste será combinado por escrito, com aviso de [número] dias antes. Se o pagamento for adiantado (pacote ou mensalidade) e o atendimento for interrompido por qualquer das partes, as sessões pagas e não realizadas são devolvidas na proporção, em até [número] dias, ou remarçadas, à escolha do paciente.

5. Faltas e atrasos. [Cole a regra de faltas e atrasos, ver o guia de faltas.] Todas as faltas e atrasos são anotados no prontuário.

6. Interrupção. O paciente pode interromper o atendimento quando quiser, avisando [por mensagem ou presencialmente]. O(A) fonoaudiólogo(a) só interrompe por motivo justificado, avisa com [número] dias, entrega relatório e encaminha o paciente a outro profissional, se necessário.

7. Prontuário e sigilo. Cada atendimento é registrado em prontuário, que fica guardado pelo(a) fonoaudiólogo(a), com sigilo. O paciente ou o responsável legal pode ter acesso ao que está registrado, com a explicação necessária para entender.

8. Dados pessoais. Os dados do paciente, inclusive os de saúde, serão usados só para o atendimento e para cumprir obrigações legais. [Consentimento específico e destacado do paciente ou do responsável legal: () autorizo () não autorizo. Para criança, o responsável dá o consentimento específico e em destaque.]

9. Imagem e áudio (opcional). () Autorizo () Não autorizo o uso de imagem ou áudio do paciente em [finalidade]. Sem essa autorização por escrito, nada é divulgado.

Li e estou de acordo. [Nome do paciente ou do responsável legal], [data], [assinatura].

Modelo informativo publicado em <https://primoia.ai/saude/guias/contrato-de-atendimento-fonoaudiologia/> (atualizado em 05/10/2026).

Não é parecer jurídico nem contábil. Adapte ao seu caso e confirme com o seu Conselho Regional antes de usar.

As normas citadas e as fontes estão na página.